

بررسی اختلالات پرخوری و اختلالات جنسی و راه‌های درمان روانشناختی آنها

رقیه نقدی^۱

^۱ کارشناسی ارشد، علوم شناختی، دانشگاه مدنی آذربایجان

R.naghdi1995@gmail.com

۰۹۹۱۱۳۳۰۶۲۲

چکیده :

اختلال خوردن از جمله اختلالات شایع روانی محسوب می‌گردد که مشکلات زیادی را در زمینه سلامت جسمی و عملکرد روانی ایجاد می‌کند. همچنین اختلال جنسی از جمله اختلالات روانی است که زندگی افراد را به چالش کشانده و تحت تاثیر قرار می‌دهد. در این پژوهش تلاش بر آن است تا ضمن بررسی انواع اختلالات پرخوری و جنسی و علل آن، روش‌های روانشناسی درمان آن نیز مورد مطالعه قرار گیرد. از جمله روش‌های درمان اختلالات می‌توان به روش‌های درمانی گشتالت، رفتار درمانی، درمان شناختی رفتاری، شناخت درمانی اشاره نمود. درمان بین فردی (IPT)، طرحواره درمانی، رفتار درمان دیالکتیکی، آموزش بازداری در برابر غذاهای لذیذ، نیز از جمله روش‌های روانشناختی درمان اختلال پرخوری می‌باشند.

واژگان کلیدی: اختلال پرخوری، مداخلات روانشناختی، اختلال جنسی

۱- مقدمه :

امروزه اختلالات خوردن یکی از مهم‌ترین اختلالات روانی محسوب می‌گردند که توسط اختلال مداوم در خوردن و همچنین رفتار مرتبط با خوردن مشخص می‌گردند که نتیجه آن تغییر مصرف یا جذب غذا می‌باشد و سلامت جسمانی و روانی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد (انجمن روان پزشکی آمریکا ۲۰۱۹). شایعترین اختلال خوردن، اختلال پرخوری است و مطالعات همه گیرشناسی افزایش آن را نشان می‌دهند. شیوع آن نیز متغیر بوده و با توجه به جمعیت مورد مطالعه از کمتر از ۲ درصد تا بیشتر از ۳۰ درصد گزارش شده است. این اختلال در سلامت جسمی و عملکرد روانی تاثیر گذاشته و کیفیت زندگی فرد مبتلا را مختل می‌کند و همچنین ممکن است مرگ و میر را افزایش دهد. افراد مبتلا به این اختلال از چندین مشکل همراه از جمله محرومیت از غذا، توجه بیش از اندازه به شکل و وزن، تصویر بدنی تحریف شده، توجه بیش از اندازه به خوردن، درماندگی روانی، درماندگی جسمی، نشانه‌های روانپزشکی و اضافه وزن رنج می‌برند. (انجمن ملی اختلالات خوردن ۲۰۱۲)

در مورد اختلال جنسی هم باید اذعان داشت از زمانی که ویلیام مستر و ویرجینیا جانسون (۱۹۷۰) نابسندگی جنسی انسان را منتشر کردند برای درمان مشکلات جنسی استانداردهایی را مشخص نمودند سال‌های زیادی گذشته است، و طبیعتاً این انتظار وجود دارد که روش‌ها و تکنیک‌های جدید درمانی باید معرفی شده باشند.

در مقاله حاضر پس از مروری بر طبقه بندی و تعریف انواع اختلالات خوردن به بررسی بیشتر اختلال پرخوری پرداخته و در نهایت درمان‌های اختلال پرخوری مداخلات روانشناختی مختلفی که در جهت درمان این اختلال معرفی شده‌اند توضیح داده خواهند شد.

۲- انواع اختلالات:

الف) اختلال خوردن:

اختلال خوراندن و خوردن را می‌توان در چند دسته کلی اختلال هرزه خواری، اختلال نشخوار، اختلال مصرف غذای دوری جو- محدود کننده، بی اشتهاهی عصبی، پرخوری عصبی و اختلال پرخوری طبقه بندی نمود (انجمن روان پزشکی آمریکا ۲۰۱۹).

هرزه خواری: خوردن مداوم موارد غیر مغذی، غیر غذایی در طول حداقل یک ماه که با سطح رشد فرد نامناسب باشد. این رفتار خوردن بخشی از شیوه هنجاری می‌باشد که از دیدگاه فرهنگی یا اجتماعی مورد تایید قرار نمی‌گیرد. (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۹)

اختلال نشخوار: اختلال نشخوار یکی دیگر از اختلال‌های خوردن می‌باشد که فرد معمولاً غذای خورده شده‌اش را به دهان باز می‌گرداند و دوباره جویده و می‌بلعاند همچنین گاهی نیز کودک آن را بیرون می‌اندازد. برای این که این رفتار تشخیص اختلال دریافت کند باید در کودکی افاق بیافتد که قبل از آن به صورت نرمال غذا می‌خورده و باید به طور منظم تکرار گردد و حداقل به مدت یک ماه این رفتار دیده شود. (نریمانی، ۱۳۹۹)

اختلال مصرف غذای دوری جو- محدود کننده: این اختلال با اختلال خورد و خوراک در نوزادی و خرد سالی شناخته شده که در آن فرد از غذا خوردن اجتناب می‌نماید یا مقدار غذای خود را آنقدر محدود می‌کند که نیازهای غذایی برطرف نمی‌شوند و در نتیجه مقدار زیادی از وزن و انرژی خود را از دست می‌دهد این اختلال بیشتر در نوزادی یا خرد سالی ایجاد می‌شود و ممکن است در بزرگسالی ادامه یابد. (انجمن روان پزشکی آمریکا ۲۰۱۹)

بی اشتهاهی عصبی: مشخصه‌های اصلی بی اشتهاهی عصبی عبارت‌اند از کاهش وزن یا عدم وزن‌گیری طی یک مرحله رشدی که منجر به وزنی گردد که کمتر از ۸۵ درصد وزن مناسب برای قد و سن باشد، ترس شدید از افزایش وزن و تصویر ذهنی مختل از بدن. (نریمانی، ۱۳۹۹)

پرخوری عصبی: مشخصه اصلی پراشتهاهی عصبی پرخوری و پاکسازی پس از آن می‌باشد. پرخوری به معنای خوردن حجم زیاد و غیر طبیعی غذا طی یک بازه زمانی مشخص همراه با احساس عدم کنترل بر غذا خوردن در آن مقطع زمانی می‌باشد. در این اختلال، رفتارهای جبرانی پس از پرخوری رخ می‌دهد که این رفتارها شامل استفراغ، استفاده از مسهل، مدر، تنقیه یا سایر داروها و ورزش شدید خواهد بود. بیماران مبتلا به این نوع، در فواصل نامنظم غذا می‌خورند و زمان‌های طولانی روزه داری سبب ایجاد احساس وسوسه شدید به غذا و به دنبال آن دوره‌های پرخوری و

پاکسازی می‌شوند. این بیماران ممکن است مانند افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی دچار تصویر ذهنی مختل از بدنشان و ترس زیاد نسبت به افزایش وزن باشند. (نریمانی، ۱۳۹۹)

اختلال پرخوری: این اختلال، تشخیصی با طیف گسترده است و بیمارانی را شامل می‌گردد که دارای علائمی مشابه با بی‌اشتهایی یا پراشتهایی عصبی می‌باشند ولی تمام شاخص‌های تشخیصی این دو اختلال در آن‌ها وجود ندارد. به علاوه این اختلال طیفی از رفتارهای غیر طبیعی مرتبط با خوردن مانند اختلال پرخوری و تریاد ورزشکار زن را در بر می‌گیرد. بیماران مبتلا به اختلال پرخوری، به طور مفرط غذا می‌خورند. ولی رفتارهای جبرانی اشاره شده در مورد پراشتهایی عصبی را ندارند. (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۹)

تعریف پرخوری عبارت است از: خوردن حجمی از غذا در فواصل زمانی ناپیوسته (برای مثال هر دو ساعت) که به وضوح بیشتر از حجمی است که اغلب افراد در همان مقطع زمانی و در شرایط مشابه می‌خورند. (ب) احساس عدم کنترل بر غذا خوردن در همان مقطع زمانی، (برای مثال فرد احساس می‌کند نمی‌تواند دست از غذا خوردن بکشد یا این که نمی‌تواند خودش را کنترل کند که چه غذایی یا چه مقداری بخورد) عبارت از دوره-های مکرر پرخوری (به طور متوسط یک بار در هفته در سه ماه گذشته) بدون استفاده منظم از رفتارهای جبرانی نامتناسب کنترل وزن است. شایان ذکر است که در تشخیص اختلال، پرخوری علاوه بر احساس درماندگی در مقابل پرخوری وجود حداقل سه مورد از این موارد لازم است ۱- غذا خوردن با سرعتی بسیار بیشتر نسبت به حالت عادی خوردن ۲- غذا خوردن تا زمان احساس سیری آزار دهنده ۳- خوردن مقادیر زیادی از مواد غذایی در زمان احساس عدم گرسنگی از لحاظ جسمی، ۴- به تنهایی غذا خوردن به دلیل احساس خجالت نسبت به میزان زیاد غذایی که فرد می‌خورد، ۵- احساس تنفر نسبت به خود، افسردگی یا احساس گناه شدید پس از پرخوری. (نریمانی، ۱۳۹۹)

(ب) اختلالات جنسی:

اختلالات جنسی را می‌توان به نوعی یک ناتوانی جنسی در مقابله جنسی موفق با شریک جنسی خود تعریف نمود که از نظر کیفی یک اختلال با اختلال جنسی دیگر متفاوت است. برای مثال فردی که دارای زود انزالی جنسی است ممکن است قادر به مقابله جنسی باشد. اما در به رضایت رساندن شریک جنسی خود ناتوان باشد ولی کسی که به هر دلیلی در هنگام مقابله در نعوظ جنسی (مردان) ناتوان است این ناتوانی جنسی با ناتوانی در به اوج لذت جنسی رساندن شریک جنسی خود بسیار متفاوت می‌باشد. انواع اختلالات جنسی عبارت‌اند از ناتوانی در نعوظ، اختلالات انزال (مانند زود انزالی و دیر انزالی)، بی میلی جنسی، سرد مزاجی جنسی، درد جنسی (واژینیسم)، فوبی جنسی (و یا ترس جنسی)، ترس از مقابله که بیشتر مخصوص خانم‌ها می‌باشد. (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۹)

۳- علل اختلالات خوردن و جنسی:

الف) اختلال خوردن:

۱- عوامل ژنتیکی: جنس مؤنث مهمترین عامل خطر ساز بالقوه برای ابتلا به اختلالات خوردن می‌باشد اما هنوز به طور دقیق مشخص نیست که این ارتباط ناشی از عوامل زیستی یا عوامل اجتماعی می‌باشد. بستگان فرد مبتلا به اختلالات خوردن در طول عمرشان حدود ۱۰ برابر بستگان یک فرد عادی در معرض خطر ابتلا به اختلالات خوردن قرار دارند (بیکانیو، ۲۰۰۵). اگر چه محققان مناطقی مرتبط بر روی کروموزوم‌های ۱۳ و ۴ و بر روی بازوی کوتاه کروموزوم ۱۰ را به ترتیب در رابطه با بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی شناسایی کرده‌اند این نتایج نیاز به بررسی‌های بیشتر دارد (دیل، ۲۰۱۱).

(ب) عوامل زیستی: بیشتر از ۲۰ درصد کالری دریافتی توسط فرد در مغز مصرف می‌شود و مغز وابستگی زیادی به گلوکز دارد بر این اساس بافت مغزی به شدت در مقابل تغذیه نامناسب آسیب پذیر است و تغذیه نامناسب قادر است روی عملکردهای مغزی و اشتها تأثیر منفی بگذارد. نتیجه مطالعات اپیدمیولوژیک اکی از آن است که بیشتر اختلالات خوردن در نوجوانی پدیدار می‌گردند. در این دوران که مغز از نظر تکاملی در مرحله بسیار مهمی قرار دارد. وجود سوء تغذیه می‌تواند روی سیر این اختلالات تأثیر منفی زیادی داشته، هورمون‌های گوارشی در ایجاد حس گرسنگی یا سیری نقش دارند (۲) سیستمی موسوم به سیستم محرک که با همکاری عناصری که در حافظه و آموختن نقش دارند، باعث ایجاد میل به غذا خوردن می‌-

شوند (۳) سیستم خودتنظیمی که اشتها را بر اساس شرایط زندگی فرد تنظیم می‌کند (تریشر و همکاران، ۲۰۱۰). اختلال در هر کدام از این سیستمها می‌تواند زمینه ساز ایجاد و تداوم اختلالات خوردن شده، از سوی دیگر خود این اختلالات حتی می‌توانند با تحریک سیستم محرک به نوعی اعتیاد به غذا منجر شوند (مارش و همکاران، ۲۰۰۹).

ج) عوامل محیطی: محیط نقش مهمی در پیدایش بعضی اختلالات خوردن دارد. به طور مثال نشان داده شده است که مادران کودکانی که بعدها مبتلا به اختلالات خوردن می‌شوند طی بارداری استرس بیشتری داشته‌اند. اتفاقات حین زایمان مثل (هماتوم سفال) یا زایمان زودرس باعث افزایش احتمال بروز اختلالات خوردن را می‌گردد. (شوبریچ و گاور، ۲۰۰۰)

د) عوامل روان شناختی: نظریه‌های روان شناختی زیادی به منظور توضیح چگونگی ایجاد و تداوم اختلالات خوردن ارائه شده است اما نظریه شناختی - رفتاری مؤثرترین نظریه در ایجاد درمانی مبتنی بر شواهد بوده است. بر اساس این نظریه، حساسیت بیش از حد غذا خوردن شکل بدن و وزن نقش محوری را در تداوم اختلالات خوردن بازی می‌کند. (فایربورن و همکاران، ۲۰۰۹)

ب) علل اختلالات و انحرافات جنسی:

بطور کلی علت همه اختلالات در صورتی که مشکل جسمانی و پزشکی خاصی وجود نداشته باشد به عوامل روانی و تجربیات تلخ و یا شیرین گذشته فرد بر می‌گردد. بطور کلی یکی از اختلالات عامل افسردگی است این اظهار نظر با توجه به تجربیات عوامل مهم بالینی بسیار زیادی است که تا کنون با افراد مختلفی از این دسته بدست آمده است. بنابراین بسیاری از مشکلات و اختلالات رفتاری و ذهنی در ذهن عامه مردم و حتی شاید بسیاری از متخصصین علوم رفتاری و روانشناسی که آنرا افسردگی نمی‌دانند اما در واقع علامتی از افسردگی باشد که فرد آن را دارا می‌باشد. برای مثال فردی که دچار افسردگی است این افسردگی حالات بی حوصلگی، بی حالی، لذت نبردن از زندگی و ... و همچنین بی میلی و یا مشکلات جنسی که فرد آنرا افسردگی نمی‌داند را به همراه دارد.

دومین عامل اختلالات و انحرافات جنسی بر می‌گردد به تجربیات دوران گذشته. تجربیات دوران گذشته در سرنوشت فرد بسیار اثر گذار است چند مثال برای تفهیم مطلب پسر بچه چهار ساله‌ای که در کف اتاق دراز کشیده ناگهان پاهای خواهر خود و ناخن‌های لاک زده او را می‌بیند و برایش جذاب و زیبا بنظر می‌رسد و آن را می‌بوسد و یا لیس می‌زند این پسر بچه چهار ساله در سن سی سالگی با مشکل فتیشیزم و یا پا پرستی که برایش مشکلات زیادی در ارتباط با جنس مخالف فراهم نموده برای درمان مراجعه می‌کند که علایمی از افسردگی را نیز به‌همراه داشت. مردی با همسر خود دچار اختلافات خانوادگی و نزاع می‌شود. و پس از مدتی مجدداً با هم آشتی می‌کنند. اما پس از آن بطور کلی تمایل جنسی خود را به همسرش از دست می‌دهد. جالب اینکه پس از مدتی با خانمی آشنا می‌شود و با او ازدواج می‌کند بدون هیچگونه مشکلی. اما پس از مدتی مجدداً بعد از یک مشاجره و نزاع توان جنسی خود را از دست می‌دهد. (منصوریان، ۱۳۸۸)

۴- درمان‌های روانشناختی اختلالات پرخوری و جنسی:

الف) درمان‌های روانشناختی اختلال پرخوری:

مداخلات روانشناختی مختلفی که برای درمان اختلال پرخوری مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند شامل درمان شناختی رفتاری، درمان میان فردی، طرحواره درمانی رفتار درمان دیالکتیکی، رفتار گزینی، آموزش بازداری در برابر غذاهای لذیذ، اصلاح سوگیری توجه می‌باشند. هر کدام از این روش‌های درمانی، در کاهش فراوانی دوره‌های پرخوری موفقیت‌هایی را به دست آورده‌اند. هدف از درمان روانشناختی اختلال پرخوری این است که بتوان به مراجعان به خوبی یاد داد که بین گرسنگی هیجانی و فیزیولوژیکی تفاوت قائل شوند و به هیجان‌ات و افکار منفی خود از طریق غذا خوردن پاسخ ندهند و آنها را می‌گیرند که پاسخ خوردن را با پاسخ‌های مناسب‌تر دیگری جایگزین نموده و مسائل عاطفی زیربنایی را در نظر بگیرند (پاق، ۲۰۱۵). درمان شناختی رفتاری (CBT) که بر نرمال سازی الگوهای نامناسب اختلالات خوردن و بیش ارزش گذاری در عقاید مربوط به وزن و بدن متمرکز است. فایربورن و همکارانش یک مدل میان تشخیصی بیان نمودند که بر پایه (CBT) بوده است. به نظر آنها در کنار افکار بیش بها داده شده درباره

اندام وزن و کنترل آنها عامل دیگر در نگهداری پاتولوژی اختلالات خوردن نقش به سزایی ایفا می کنند که عبارت‌اند از عزت نفس پایین، کمال-گرایی مشکلات بین فردی و عدم تحمل بلا تکلیفی. این مدل در واقع مدل جدیدی از CBT بود که CBTE نامیده می‌شد. این مدل در درمان پیشنهادی خود برای اختلال پر خوری هم به رفتارهای خوردن و هم به باورهای بیش‌بها داده شده اهمیت داد و در کنار آنها به عوامل نگهدارنده اختلال نیز توجه نمود (فایربورن و همکاران، ۲۰۰۹). با این حال نتایج نشان دهنده آن است که ۵۰ درصد بیماران در آخر درمان هنوز نشانه‌های بیماری را دارند. همچنین حدود یک سوم بیماران در دوره پیگیری هنوز واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال پر خوری هستند (سیمسون و همکاران ۲۰۱۰). همچنین آذری و همکاران (۱۳۹۱)، در مطالعه تحت عنوان «اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری کوتاه مدت بر اختلال پر خوری» نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری کوتاه مدت روش درمانی مناسب و مقرون به صرفه به رای اختلال پر خوری و مشکلات همراه با آن در کشور ما به شمار می‌رود.

درمان بین فردی (IPT): هدف درمان بین فردی حل مشکلات بین فردی است که موجب ایقا و نگه داشتن اختلالات خوردن می‌شود و درمان رفتاری کاهش وزن که بر کاهش الگوهای آشفته و بی نظم خوردن و مصرف بیش از اندازه کالری در مراجعین چاق دارای اختلال پر خوری افراطی روانی تأکید دارد (ویلفلی و همکاران، ۲۰۰۰).

طرحواره درمانی: طرحواره درمانی، درمانی نوین و یکپارچه می‌باشد که عمدتاً بر پایه بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های CBT کلاسیک بنا گردیده است. این شیوه درمان سیستم جدیدی از روان درمانی را تدارک می‌بیند که مخصوصاً برای بیماران مقاوم و بیمارانی که پاسخ درمانی خوبی به CBT نمی‌دهند شکل گرفت. در اختلال پر خوری که بیمار عزت نفس بسیار پایین دارد و همچنین وجود بیماری‌های همراه مانند اختلالات شخصیت و بد تنظیمی هیجان از طرفی و از طرف دیگر همراه شدن باورهای منفی نسبت به خود با نگرش‌های بیش بها داده شده نسبت به اندام و وزن که درمان را پیچیده می‌کنند نیاز به درمان عمیق‌تر احساس می‌شود. در طرحواره درمانی یک چارچوبی وجود دارد که در آن چارچوب، شناخت، هیجان رفتار، اشکال در روابط بین فردی و همچنین پاتولوژی شخص مبتلا به اختلال پر خوری معنا می‌شود. (ویرجینیا و همکاران، ۲۰۱۶).

رفتار درمان دیالکتیکی: رفتار درمانی دیالکتیکی از طریق راهبردهای شناختی و هیجانی موجب تصحیح و کاهش تصویر بدنی منفی شده و متعاقب آن باعث ایجاد تصویر بدنی مثبت در افراد می‌شود. اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش تصویر بدنی منفی را نیز می‌توان این گونه تفسیر کرد که یکی از عوامل مهم در شکل گیری اختلال پر خوری اختلال در تصویر از تن و نگرش منفی در مورد تصویر بدنی است. (نریمانی، ۱۳۹۹) با توجه به این که در درمان فوق روی تغییر نگرش مثبت به بدن تأکید می‌شود این روش می‌تواند در بهبود تصاویر بدنی مؤثر واقع شود شواهد قابل ملاحظه‌ای وجود دارند که نشان می‌دهند بد تنظیمی هیجان نقش چشمگیری در ایجاد و تداوم اختلالات خوردن بر عهده دارند افراد مبتلا به اختلال پر خوری برای مقابله با هیجان‌های خود از روش‌های ناکارآمد و دردسرساز مانند پر خوری نوشیدن الکل و غیره استفاده می‌کنند. این روش‌ها ممکن است به طور موقت سبب کاهش میزان برانگیختگی شوند. اما پس از مدتی، نه تنها مقابله هیجانی را تشدید کرده بلکه خود به یک مشکل تبدیل می‌شوند. (پیرسون و همکاران، ۲۰۱۵).

آموزش بازداری در برابر غذاهای لذیذ: این روش بر کنترل و بازداری در برابر غذاهای لذیذ تأکید می‌کند. در این مداخله از برنامه‌های کامپیوتری مثل تکالیف "برو/نرو" و "علامت ایست" بهره می‌گیرد. تکلیف برو نرو، بر اساس پارادایم واکنش انتخاب استوار است به این صورت که فرد در صفحه مانیتور باید سعی کند به سرعت پاسخ صحیح را به محرک ارائه شده در گوشه تصویر به مدت خیلی کوتاه ارائه می‌شود و Q یا P بدهد محرک برای مثال حرف فرد باید دکمه برو و یا نرو را فشار بدهد. تصاویر حاوی غذاهای لذیذ با علامت نرو جفت می‌شوند و اینکار با هدف افزایش کنترل شخص نسبت به این غذاها انجام می‌شود. نتیجه بر اساس زمان واکنش و تعداد پاسخ‌های درست محاسبه می‌شود پاسخ‌های اشتباه به محرک‌های نرو نشان‌دهنده سطح تکانشگری فرد می‌باشند. بر اساس این تکلیف، تکلیف مشابهی به نام آموزش علامت توقف طراحی شده که در آن فرد باید به سرعت به محرک ارائه شده پاسخ دهد. ضمن اینکه همزمان باید به علامت توقف پاسخ دادن هنگام ارائه علامت خاصی توجه نماید این دو روش از جهاتی با هم متفاوت می‌باشند اما در عین حال در هر دو فرد باید به هر دو محرک خنثی و هدف به سرعت پاسخ دهد. او باید پاسخ-هایش را نسبت به محرک‌های خاصی بازداری کند آزمایش علامت توقف می‌تواند به عنوان ارزیابی توانایی سرکوب پاسخ حرکتی استفاده شود به

این صورت که زمان واکنش طولانی تر به علامت نشان دهنده تکانش گری بیشتر و بازداری ضعیف تر است. همچنین از این روش برای افزایش کنترل نسبت به غذاهای خوشمزه در اختلال پرخوری استفاده می شود. (ورتمن و همکاران، ۲۰۱۵)

اصلاح سوگیری توجه: تحقیقات نشان داده اند که سوگیری توجه به رفتار خوردن اثر می گذارد. برای مثال در افراد با اختلال بی اشتها بی عصبی در جلب توجه نسبت به غذاهای خوشمزه اشکال دارند. همچنین سوگیری های توجه نسبت به این غذاها در جمعیت پرخور گزارش شده است. بنابراین هدف مداخله اصلاح سوگیری توجه درمان این سوگیری های شناختی در توجه و کاهش نشانه های برجسته محیط که آغازگر رفتارهای مربوط به خوردن هستند می باشد. برای این مداخله نیز تکالیف کامپیوتری طراحی شده اند. یکی از آنها تکلیف جستجوی نقطه است که می توان از آن برای جهت گیری توجه هم نسبت به غذا و هم نسبت به محرک هیجانی استفاده شود. این تکلیف به این صورت طراحی شده که ۲ محرک در دو سمت صفحه مانیتور به صورت ثابت ارائه می شوند. یکی از آن محرک ها مرتبط با غذا و دیگری خنثی است پس از آن علامت جستجو ظاهر می شود (برای مثال حرف L یا E) و فرد باید به سرعت با فشار دادن دکمه به آن پاسخ بدهد و برای آموزش توجه به غذا علامت جستجو مدام به سمت تصویر غذا و برای آموزش اجتناب از غذا به سمت تصویر خنثی می رود این تمرین در درمان اختلالات خوردن، هم در ایجاد رفتارهای سالم و هم در حذف رفتارهای افراطی مؤثر بوده است. (زنویک و همکاران، ۲۰۱۳)

ب) درمان های روانشناختی اختلال جنسی:

روش های درمانی گشتالت: محور روان پویایی به روانشناسی خود گسترش یافته است و سنت رفتاری نیز به شاخه شناختی با تمرکز شدید بر درمان شواهد محور و درمان منظم از قبیل روایت درمانی گسترش یافته است. (فرخزادیان، ۱۳۹۴)

رفتار درمانی: رفتار درمانی بر اساس این ایده است که رفتار از طریق پاداش ها آموخته می شود و اینکه رفتار می تواند به وسیله تغییر در عوامل پاداش دهنده تغییر کند بسیاری از تکنیک هایی که در درمان مشکلات جنسی استفاده می شود بر اساس نظریه یادگیری و روش های برگرفته از رفتار درمانی می باشد. اما اغلب با رویکردهای دیگر که آنها نیز برای درمان اختلالات جنسی استفاده می شوند ترکیب می شود.

رایج ترین روش رفتاری مورد استفاده حساسیت زدایی است که علی الخصوص در درمان اختلال ارگاسمی در زنان مورد استفاده قرار می گیرد. شاید به این دلیل که مشکلات ارگاسمی با اضطراب و ابراز انزجار جنسی همراه بوده اند نتایج افزایش معناداری را در ارگاسم، و نیز رضایت کلی از ارتباط (مانجک و دیگران ۱۹۷۶) خودپذیری جنسی و افزایش لذت جنسی (اندرسون، ۱۹۸۱) نشان می دهد حساسیت زدایی منظم در مواردی که اضطراب جنسی به اختلال عملکرد ارگاسمی کمک می کند مفید است.

آموزش آرام سازی در درمان اضطراب جنسی ناتوان کننده در زنان استفاده شده است کاهش اضطراب و افزایش اقدامات رفتاری و نگرشی مشهود می باشد. با این وجود برای آنهایی که تحت درمان گروهی قرار گرفته بودند گرایش بیشتری نسبت به بهبود مشاهده شد (نمتر و دیگران، ۱۹۷۸).

این یافته ها به وسیله مطالعه ای که بر روی حساسیت زدایی فردی برای سردمزاجی در زنان (مشکلات متفاوت) انجام شده، حمایت شد (اوجرمن ۱۹۷۸) اگر چه هدف شخصی اکثریت مراجعین افزایش وقوع ارگاسم می باشد اما همیشه این طور نیست که تحت درمان قرار گیرد (نمتر و دیگران ۱۹۷۸) یافته ها از اعتبار بیرونی درمان رفتاری مشکلات جنسی حمایت کرده اند و نتایج نشان می دهد که درمان رفتاری مشکلات جنسی در دنیای واقعی مجموعه بالینی نیز مفید است. (سارور و دورلاک، ۱۹۹۷)

شناخت درمانی: شناخت درمانی بر اساس نظریه آرون بک می باشد (بک ۱۹۸۷) که بیان می کند شیوه ای که مراجعین معنای زندگی روزمره شان را ادراک و تفسیر می کنند فرایندی که از لحاظ علمی به آن شناخت گفته می شود کلید درمان است. (فرخزادیان، ۱۳۹۴)

درمان شناختی رفتاری: درمان شناختی رفتاری (CBT) در ابتدا از طریق ترکیب «رفتار درمانی» و «شناخت درمانی» به وجود آمد. با وجود اینکه این دو، ریشه های متفاوتی دارند این دو سنت زمینه های مشترکی را در تمرکز بر اینجا و اکنون و کاهش نشانه ها دارند. شماری از درمانگرهای شناختی رفتاری از راهنماهای طراحی شده کمک می گیرند. مؤلفه های کلیدی مدل آموزش روانی و مداخله شناختی، کاهش اضطراب عملکردی و جنسی، ارزیابی و اصلاح متن، حل تعارض، افزایش ارتباط و آموزش پیشگیری از عود می باشد.

مانجک و همکاران (۱۹۸۴) در درمان اختلال نعوظی با روش منطقی احساسی (RET) به این نتیجه دست یافتند که گروهی که تحت این نوع درمان قرار گرفتند کاهش معناداری را در اضطراب جنسی شان تجربه کردند و به طور معناداری تلاش بیشتری را برای آمیزش داشتند و اقدام به آمیزش موفقیت آمیز بیشتری داشتند. در یک پژوهش در مورد اثر CBT بر روی نارضایتی از تصویر بدنی در زنان یافته شد که مراجعین دستاوردهای زیادی را از اقدامات متعدد برای ارائه شکایت اصلی به دست آوردند. درمان، عزت نفس اجتماعی مراجعین را افزایش داده، احساسات و علاقه جنسی آنها را بهبود بخشیده و ارزیابی مثبت تری را از تناسب بدنی در آنها ایجاد کرده است. (بوتر و کش ۱۹۸۷)

۵- بحث و نتیجه گیری:

اختلالات خوردن و جنسی می توانند خطرات جسمانی و روانی زیادی برای فرد به دنبال داشته باشند. زیرا مشخص شده است که افراد دارای این اختلالات معمولاً دیدگاه درستی در مورد خود و محیط اطرافشان نداشته و نگرشی منفی نسبت به بدن خود دارند که آنها را همواره دچار گناه می نماید.

بنابراین لازم است قبل از هر اقدامی، مسائل روان شناختی آنها مورد توجه قرار گیرد و دیدگاه های آنها در مورد بدنشان تصحیح گردد. این اختلالات طی سال های اخیر مورد توجه زیادی قرار گرفته است و چنین به نظر می آید که همچنان به پژوهش های بیشتری در مورد شناخت عوامل مؤثر در ایجاد تداوم و نیز درمان این اختلالات نیازمند باشیم اختلال پرخوری، شایع ترین نوع از اختلالات خوردن به شمار می آید با این حال کمتر از سایر اختلالات به جنبه های گوناگون آن پرداخته شده است.

از آن جا که مشکلات جنسی و اضافه وزن و چاقی در جامعه ایران وجود دارد پیشنهاد می شود که مطالعات گسترده ای در زمینه بررسی جنبه های اپیدمیولوژیک علت شناسی و درمانی این اختلالات در کشورمان انجام شود. همچنین با توجه به وجود و ایجاد مداخله های مختلف برای درمان این اختلالات فضای خالی برای مقایسه اثربخشی آنها بیشتر از قبل احساس می شود.

منابع:

- ۱- فرخزادیان، علی اصغر و سیمین، عبدالوهاب و طلب، احمدسعادت، ۱۳۹۴، مروری بر درمان های روان شناختی اختلالات جنسی، نخستین کنگره بین المللی جامع روانشناسی ایران
- ۲- کاپلان و سادوک، خلاصه روانپزشکی، جلد دوم، ترجمه فرزین رضاعی، انتشارات ارجمند، تهران 1389
- ۳- منصوریان. علی اکبر، بررسی رفتارهای پرخطر جنسی، اختلالات جنسی، انحرافات جنسی در مراجعین به مرکز مشاوره سایا از ۸۳/۱/۱ لغایت ۸۸/۳/۳۰ در شهرستان دامغان طلوع بهداشت پاییز و زمستان ۱۳۸۸؛ ۸ (۳- ۴) سومین کنگره سراسری رفتارهای پرخطر))، ۱۹ - ۱۸.
- ۴- نریمانی، محمد و عزیززاده کرکرق، ربابه، ۱۳۹۹، بررسی درمانهای روان شناختی اختلال پرخوری: مقاله مروری، اولین همایش ملی روان شناسی بالینی کودک و نوجوان، اردبیل
- 5- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (2019)
- 6- Andersen BL. Primary orgasmic dysfunction: diagnostic considerations and review of treatment. Psychol Bull 1983;93:105—36.
- 7- Bacanu SA, Bulik CM, Klump KL, Fichter MM, Halmi KA, Keel P, et al. Linkage analysis of anorexia and bulimia nervosa cohorts using selected behavioral phenotypes as quantitative traits or covariates. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2005; 139B (1): 61-8.
- 8- Butters JW, Cash TF. Cognitive behavioral treatment of women's body-image dissatisfaction. J Consult Clin Psychol 1987;55:897.
- 9- Dalle GR. Eating disorders: progress and challenges. Eur J Intern Med 2011; 22(2): 153-60.
- 10- Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Bohn K, Hawker DM, et al. Transdiagnostic cognitivebehavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. Am J Psychiatry 2009; 166(3): 311-9.
- 11- Marsh R, Maia TV, Peterson BS. Functional disturbances within frontostriatal circuits across multiple childhood psychopathologies. Am J Psychiatry 2009; 166(6): 664-74.
- 12- Munjack D, Cristol A, Goldstein A, Phillips D, Goldberg A, Whipple K, et al. Behavioral treatment of orgasmic dysfunction — Controlled study. Br J Psychiatry 1976;129:497—502.
- 13- Nemetz GH, Craig KD, Reith G. Treatment of female sexual dysfunction through symbolic modeling. J Consult Clin Psychol 1978;46:62—73.
- 14- O'Gorman E. The treatment of frigidity: a comparative study of group and individual desensitisation. Br J Psychiatry 1978;132:580—4.
- 15- Pearson, C., Wonderlich, S., & Smith, G. (2015). A risk to maintenance model for bulimia nervosa: From impulsive action to compulsive behaviour, Psychol Rev, 122, 516- 535.
- 16- Pugh, M., A. (2015). A narrative review of schema and schema therapy outcomes in eating disorder. Clinical Psychology Review, 39, 10- 68.
- 17- Renwick, B., Campbell, I., & Schmidt, U. (2013). Attention bias modification: A new approach to the treatment of eating disorders? International Journal of Eating Disorders, 46, 496-500.
- 18- Sarwer DB, Durlak JA. A field trial of the effectiveness of behavioral treatment for sexual dysfunctions. J Sex Marital Ther 1997;23:87-97.
- 19- Simpson, S.G., Morrow, M., Vreesijk, M.V., & Reid, C. (2010). Group Schema Therapy for Eating Disorders: A Pilot Study. Fronti Psychology, 1, 1-10.
- 20- The National Eating Disorders Collaboration. (2012). Eating Disorders—A Current Affair, An Introduction, Retrieved November 13, 2013, from <http://www.nedc.com>.
- 21- Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. Lancet 2010; 375(9714): 583-93
- 22- Shoebridge P, Gowers SG. Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa. A case-control study to investigate direction of causality. Br J Psychiatry 2000; 176: 132-7.

- 23- Virginia, V.W., McIntosh, J.J., Janet, D., Christopher, M.A., Janice M., Janet D., Latner, P.R. (2016). Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *Psychiatry Research*, 240, 30, 412-420.
- 24- Werthmann, J., Jansen, A., & Roefs, A. (2015). Worry or craving? A selective review of evidence for food-related attention biases in obese individuals, eating-disorder patients, restrained eaters and healthy samples. *Proceedings of the Nutrition Society*, 74, 99-114.
- 25- Wilfley DE, Friedman MA, Douchis JZ, Stein RI, Welch RR, Ball SA. Comorbid psychopathology in binge eating disorder: relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 641-649